

Année 1974

N° **N° 18**

Joseph N'GBALI

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT AMBULATOIRE
DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE**

— Incidences Médico-Sociales —

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(diplôme d'Université)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 17 MAI 1974

PRÉSIDENT DU JURY :

M. le Professeur LEVI-VALENSI

JUGES :

M. le Professeur BERNASCONI

M. le Professeur ORFILA

M. le Professeur DURON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Année 1974

N°

Joseph N'GBALI

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT AMBULATOIRE
DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE**

— Incidences Médico-Sociales —

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(diplôme d'Université)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 17 MAI 1974

PRÉSIDENT DU JURY :

M. le Professeur LEVI-VALENSI

JUGES :

M. le Professeur BERNASCONI

M. le Professeur ORFILA

M. le Professeur DURON

A mon Pays la REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Au Peuple centrafricain tout entier

qui m'ont fait bénéficier d'une
bourse d'études en France.

Ce travail est le produit de vos sacrifices

A mon PERE (in memorium)

Je te dédie plus spécialement ce travail
en témoignage de mon profond amour filial

A ma MERE

Avec ma profonde affection

A ma femme ALBERTINE

Avec tout mon amour

A mes ENFANTS

Ngongbé N'GBALI

Alakaga N'GBALI

Alawé N'GBALI

Komonza N'GBALI

En gage de ma profonde affection
paternelle

Que ce travail vous sert de guide

A mes FRERES et SOEURS

DIGUI Kpakata

KOKESSE Toro

LASSIDA Débat

YALONGO Tassigba

YAZARA Yongombe

ZOKAGA Ambroise

En témoignage de mon affection
fraternelle

A mon BEAU-FRERE

DEBAT-ZOQUERET

Tu as toujours été pour moi un modèle
tout au long de mes études

Trouve ici l'expression de mon profond
attachement et de ma sincère sympathie.

A tous mes CONFRERES et AMIS,
compagnons des bons et des mauvais jours

Messieurs les Docteurs :

CONJUGO C.

KOYAZOUNDA A.

LAGUERRE J.B.

MANDABA J.L.

MBARINDI V.

NAMA J.

WASSEMA F.

Assistant Médical :

NAMNANGA J.

Agent Technique :

MBOMBATE M.

Daignez trouver ici l'expression de ma
gratitude et de ma sincère et profonde
amitié.

A Messieurs :

BORO J.

GUINDY H.

KANDATE M.

Kody Delucy

Avec toute ma sympathie

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LEVI-VALENSI

Maître de Conférence

Agrégé de Pneumo-Phtisiologie

Médecin des Hôpitaux

Chef de Service

Croix de Valeur Militaire

Nous vous remercions d'avoir inspiré
ce travail et d'en accepter la Présidence

Nous vous exprimons ici notre profonde
et sincère reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur BERNASCONI

Professeur de Cardiologie

Médecin des Hôpitaux

Chef de Service

Chevalier des Palmes Académiques

Croix de Guerre

Mademoiselle le Professeur ORFILA

Professeur d'Immunologie

Biologiste des Hôpitaux

Chef de Service

Officier des Palmes Académiques

Monsieur le Professeur DURON

Maître de Conférence

Agrégé de Physiologie

Biologiste des Hôpitaux

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter
de faire partie de notre Jury de Thèse

Nous vous prions de trouver ici
l'expression de notre gratitude.

A Madame le Docteur BUY

Médecin-Adjoint

Service de Pneumologie C.H.U. D'AMIENS

Qui nous accueilli avec beaucoup de
courtoisie et nous a guidé dans
l'élaboration de cette thèse

Nous vous prions de trouver ici le
témoignage de notre profonde et
respectueuse gratitude

A la mémoire du Docteur MORIN

Ancien externe des Hôpitaux de PARIS

Ex-Directeur de la Section Médico-sociale

Centre d'Enseignement Supérieur de BRAZZAVILLE

En témoignage de profond respect

A tous mes Maîtres de la Faculté Mixte
de Médecine et de Pharmacie de NANTES

En reconnaissance de l'Enseignement et
de la formation que vous nous avez donnés

A Messieurs les Docteur

DESERT, Médecin-Directeur

FLOCH, Médecin-Adjoint

Centre de Cure Départemental de PLOUGONVEN

En gage de vos expériences pratiques dont
vous nous avez fait bénéficier avec
beaucoup de sincérité.

A Madame HEBERT, Assistante Sociale

et à toutes les Secrétaires du Service
de Pneumo-Phtisiologie de Monsieur le
Professeur P. LEVI-VALENSI

Votre aide m'a été d'un grand secours
au cours de ce travail

Je vous remercie très sincèrement.

A Madame LE DUC

et à toutes les Secrétaires Médicales
Centre de Cure Départemental de PLOUGONVEN

Soyez assurées de ma profonde
reconnaissance.

I - EVOLUTION HISTORIQUE DES CONCEPTIONS
INTRODUCTION

II - RAPPEL THEORIQUE

- A - Recherches bactériologiques initiales
- B - Facteurs favorisant la réponse de la chimiothérapie tuberculeuse
- C - Indications et Contre-indications

III - METHODES ET TECHNIQUES

- A - Nombre de sujets étudiés
- B - Sélection des dossiers
- C - Traitement et durée d'hospitalisation
- D - Méthodes de surveillance
- E - Méthodes d'appréciation
 - clinique
 - Radiologique
 - Bactériologique

IV - RESULTATS

- A - Globaux
- B - Analytiques
 - 1) Médicaux
 - Clinique
 - Bactériologique
 - Radiologique
 - 2) Médicaux-Sociaux
 - Réinsertion au foyer
 - Reprise du travail



V - DISCUSSION

VI - CONCLUSION

VII - BIBLIOGRAPHIE

- Bibliographie des auteurs cités
 - Autres références bibliographiques
-



- I -

EVOLUTION HISTORIQUE

DES CONCEPTIONS

INTRODUCTION

La notion de "home care" naquit avant l'ère des médicaments antibacillaires d'une modification des conceptions sur le rôle de l'hôpital.

C'est ainsi qu'en 1947, BLUESTONE expérimentait à l'hôpital Montefiore (NEW-YORK) un service ^{de} soins à domicile. Il considère que l'hôpital doit être un centre de diagnostic et de soins très spécialisés, mais doit être remplacé, dès que cela est possible par un service de soins à domicile moins coûteux, permettant la réinsertion du malade dans le milieu familial.

DENOIX et ESTEVE en 1951 (41) ont propagé ces idées en France et ont pour la première fois posé le problème pour les tuberculeux. En réalité, c'est dans les pays où les possibilités d'hospitalisation sont réduites ou infimes que les premiers essais du traitement ambulatoire ont eu lieu.

L'afflux des tuberculeux dans les pays en voie de développement et tout particulièrement en Inde, ne permettait pas d'appliquer les mêmes normes classiques du traitement de la tuberculose pulmonaire que dans les pays riches, sous peine de voir un nombre considérable de malades demeurer sans traitement.

Mais, si dans les pays économiquement faibles, cette modalité de traitement est vite acceptée et entrée dans la pratique courante, permettant ainsi de traiter des milliers de malades, il n'en est pas de même dans les pays riches ayant une infrastructure sanitaire suffisamment développée où le traitement ambulatoire jouit d'une très fâcheuse réputation et de très vives critiques.

Pour H. COUDREAU "il faut accepter de remettre en question les principes considérés comme intangibles ; chan-

ger d'avis n'a rien d'humiliant s'il existe de bonnes raisons pour le faire. Il faut dialoguer sans passion, en se gardant d'une opposition stérile entre médecins, cliniciens et médecins de santé publique ou épidémiologistes. Poursuivre son traitement en travaillant, guérir en menant une vie normale est devenu une réalité et c'est un grand progrès..."

"Il ne sert à rien de se voiler la face et jeter l'anathème sur ces traitements, il faut, au contraire, aborder le problème de front" conclut le Professeur MOLINA C.

A - TRAITEMENT AMBULATOIRE PUR :

C'est en Inde, que les expériences les plus audacieuses sur le traitement ambulatoire pur ont sensibilisé l'opinion médicale internationale.

En 1957, à New Delhi, GRIESBACH recueillait 10 000 cas traités en ambulatoire et comptait 75 % de guérisons ou d'améliorations. Ces résultats étaient à peu près identiques à ceux obtenus en milieu hospitalier.

De nombreuses et rigoureuses études comparatives effectuées dans les Centre pilotes de MADRAS sous l'égide de l'Unité Antituberculeuse du Medical Research Council britannique, rapportées par FOX, celles que SEN à Calcutta, WILLIAMS et SHAWS, DEVADATTA ont montré que les résultats obtenus par le traitement ambulatoire chez les malades traités par L'I.N.H. et le P.A.S. étaient presque aussi bons que ceux obtenus à l'hôpital à la seule condition que la chimiothérapie soit prise régulièrement.

Les différences de milieu social, la poursuite de l'activité, la ration calorique alimentaire du sujet n'influent pas sur les résultats.

Les quelques lits hospitaliers disponibles doivent être réservés aux formes graves et compliquées de la maladie.

B - TRAITEMENT AMBULATOIRE APRES COURTE HOSPITALISATION :

Mais le traitement ambulatoire précédé d'un court séjour hospitalier donne des résultats nettement plus favorables. Cette durée d'hospitalisation est de plus en plus raccourcie grâce aux nouvelles drogues antibacillaires de plus en plus puissantes et bactéricides.

- Bundy et Martin (1951) ;
- Radino (1954) ;
- Behrens (1955) ;
- Kristenson (1955) ;
- Lévi-Valensi et Molina (1958) avaient montré l'intérêt de cette méthode. Elle permet une meilleure ventilation des services hospitaliers, minimise les risques de contamination de l'entourage et contrôle ainsi un plus grand nombre de malades par l'intermédiaire d'une consultation hospitalière.

Sont assurés pendant l'hospitalisation :

- Le repos du malade pendant la phase aiguë ;
- La prise effective des drogues ;
- La mise en confiance et la prise de conscience de la maladie ;
- Mais surtout la stérilisation de l'expectoration, source de contamination.

Par la suite, le traitement ambulatoire continue de susciter de nombreuses publications surtout dans de nombreux pays du Tiers-Monde dont les possibilités d'hospitalisation sont très réduites.

L'importance du problème contraint l'Union Internationale de la lutte contre la tuberculose (U. I. T.) et l'Organisation Mondiale de la Santé (O. M. S.) à mettre la question à l'ordre du jour de nombreuses manifestations scientifiques.

En France, de nombreux travaux sont publiés sur la cure ambulatoire :

- BARIETY M. (1963) ;
- BERNARD E. (1962 et 1965) ;
- CHRETIEN J. et LIOT F. (1962) ;
- PEUMERY J. J. et LEQUELLEC H. (1959).

Nous retiendrons surtout les résultats des travaux :

1°) des Professeurs LEVI-VALENSI et MOLINA (94) à Alger en 1958 sur le traitement ambulatoire après court séjour hospitalier. Sur 200 malades porteurs de toutes les formes de la maladie traités par L'I. N. H. associé au P. A. S. dans des délais variant de 4 à 48 mois après leur sortie de l'hôpital, ils ont enregistré les résultats suivants :

- 80 % de résultats favorables (60 % de guérisons cliniques, radiologiques et bactériologiques ; 20 % d'améliorations)
- 9 % de statu quo ;
- 11 % d'aggravation et de rechutes.

Ces résultats sont au moins aussi satisfaisants que ceux qu'ils obtiennent chez les malades par cure hospitalière prolongée.

2°) du Professeur KREIS B. et COLL. effectués en 1968 et 1969.

En 1958, l'étude portait sur 180 malades traités à l'hôpital et en sanatorium (72). après 3 cultures successivement négatives à 15 jours d'intervalle, ils sont remis au travail :

- Avant le 90^e jour pour 71 malades ;
- Entre le troisième et le sixième mois pour 85 ;
- Et au bout de 6 à 8 mois pour les 24 autres.

Ils ont repris leur ancien métier. Certains ont travaillé plus de 8 heures par jour, d'autres ont effectué en plus 2 heures de trajet quotidien.

Au bout de 12 à 18 mois de traitement ambulatoire, on ne note aucune rechute clinique ou radiologique. Aucun abandon de travail n'a eu lieu.

7 d'entre eux présentèrent une ou deux émissions paucibacillaires décelées par cultures.

En 1969, une autre étude intéressait 72 malades (71) à l'hôpital Cochin. La reprise du travail a lieu dès le 45^e jour après disparition du risque de contagion.

Ces malades sont régulièrement suivis pendant 12 à 18 mois. Aucune rechute n'a été enregistrée.

3°) Enfin, BRUANT A. (17) dans une étude de 125 cas de "femmes tuberculeuses" en traitement ambulatoire après courte hospitalisation a observé sur une durée de 22 mois :

- 2 rechutes et 1 forme invétérée
- Aucun cas de contamination familiale n'a été noté après retour des malades dans leur foyer.

C - AUTRES MODES DE CURE AMBULATOIRE

Ils portent essentiellement sur l'antibio-chimiothérapie intermittente prise deux fois par semaine avec ou sans phase initiale de traitement quotidien. Plusieurs associations médicamenteuses sont utilisées.

Etudiée par GRUMBACH et COLL (54-57) sur la tuberculose expérimentale de la souris, la cure intermittente, fut l'objet de nombreuses expériences avec d'assez bons résultats :

- CHAULET P. et COLL (29) ont expérimenté ce mode de thérapeutique et présenté au XVIe Congrès National de la Tuberculose les résultats d'une enquête rétrospective associant Isoniazide en une prise orale et Streptomycine par voie intramusculaire. Ce traitement est administré simultanément deux fois par semaine.

- BURGHARD G. et COLL (20) ont appliqué cette méthode à une certaine catégorie de tuberculeux : des sujets qui ont tendance à quitter prématurément les services hospitaliers et à échapper à toute surveillance médicale.

Certains d'entre eux acceptèrent au moment de quitter le service de poursuivre le traitement en se présentant deux fois par semaine à l'hôpital.

On leur administre :

- une perfusion intraveineuse de P.A.S.
- une injection intramusculaire de streptomycine
- et une prise orale d'Isoniazide.

La négativation est obtenue à 100 % dès le sixième mois du traitement chez les malades suivis au moins un an.

Ces premiers résultats sont encourageants et ce régime peut être valablement proposé à des tuberculeux qui ne peuvent se soumettre à une autre thérapeutique.

- A la XIXe Conférence Internationale de la Tuberculose en 1967 (21), BURZONI F. et DURANTE C. publiaient les résultats d'une enquête au Maroc portant sur un traitement intermittent associant la streptomycine et l'isoniazide par voie intramusculaire deux fois par semaine.

D'autres enquêtes comparatives sont menées par les mêmes auteurs au Maroc et au Sénégal entre 2 et 3 régimes médicamenteux intermittents administrés 2 fois par semaine après un traitement continu d'un ou deux mois.

Elles montrent une identité de résultats favorables entre les 5 régimes thérapeutiques.

- DECROIX G. et COLL (42) au cours des études comparatives par associations médicamenteuses administrées quotidiennement ou deux fois par semaine pendant une année ont dégagé les faits suivants :

- Le traitement intermittent par des associations s'est révélé pleinement efficace dans les deux types de modes d'administration ;
- La rapidité de négativation des cultures a été identique dans les 2 cas. Il en est de même de l'évolution radiologique ;

- 4 ictères précoces ont été notés dans le groupe quotidien, un dans le groupe intermittent.

Il se dégage de ces expériences de bons résultats tous concordants. Ils prouvent que les thérapeutiques intermittentes sont commodés et plus accessibles à certains malades : ceux qui quittent prématurément l'hôpital ou ceux demeurant loin des centres de traitement, des dispensaires antituberculeux.

Ces études thérapeutiques expérimentales sont à la recherche d'un régime médicamenteux oral ou parentéral intermittent, efficace, plus adapté et moins onéreux, qui n'aurait pas les inconvénients des régimes thérapeutiques quotidiennement administrés (toxicité et coût élevé).

L'objet de notre étude est de montrer comment à partir d'une stratégie antituberculeuse élaborée dans les pays en voie de développement, adaptée à leur propre situation, les pays développés sont amenés à repenser à leur tour l'ensemble de leur politique antituberculeuse.

Dans ces pays disposant de ressources financières suffisantes :

1°) La chimiothérapie à prescrire peut et doit inclure les antibiotiques les plus puissants afin de raccourcir au maximum la période de contagion et d'assurer la guérison dans la totalité des cas.

2°) l'organisation du traitement comporte deux étapes :

a) une étape initiale hospitalière de un à trois mois n'est envisagée que s'il existe des signes infec-

tieux (fièvre et altération de l'état général) en rapport avec des lésions étendues.

Dans les autres cas, une courte hospitalisation d'une semaine environ est utile pour assurer, par des tubages gastriques répétés dans les conditions techniques parfaites, le diagnostic bactériologique de la maladie.

b) le traitement d'entretien ambulatoire peut être installé dès que les signes infectieux ont disparu.

La réussite d'une thérapeutique ambulatoire doit répondre à deux conditions :

- une coopération parfaite du malade ;
- une modification profonde de la législation de la lutte antituberculeuse

Le succès actuel du traitement de la tuberculose dépend finalement moins, aujourd'hui, des moyens disponibles que la manière dont ils sont utilisés par les médecins et par les malades.

- I I -

R A P P E L T H E O R I Q U E

Au cours des dernières années, la conception du traitement de la tuberculose pulmonaire a été singulièrement modifiée. L'alitement complet n'apparaît pas nécessaire pour obtenir un bon résultat thérapeutique, pas plus que la suralimentation ou la cure d'altitude.

Le repos absolu prolongé au-delà de la reprise d'un bon état général n'est plus justifié. La plupart des phtisiologues suggèrent actuellement un séjour hospitalier ou sanatorial initial dans tous les cas, même les plus minimes, mais de courte durée (15 à 45 jours).

Les modalités de la cure ambulatoire comprennent :

A - LES RECHERCHES BACTERIOLOGIQUES INITIALES

Elles doivent être pratiquées avec la plus extrême rigueur. Elles sont justifiées par le nombre relativement important de tuberculoses primo-résistantes et les problèmes difficiles posés par les formes devenues chroniques et bacillifères.

La fréquence des résistances primaires implique aujourd'hui la nécessité de disposer si possible d'un antibiogramme. Se contenter d'un résultat positif direct ou après homogénéisation constitue une grave erreur.

La mise en route d'au moins trois cultures est nécessaire en vue d'apprécier la richesse bacillaire des crachats et surtout pour tester la souche bactérienne à l'égard des différentes drogues anti-bacillaires selon la méthode quantitative des proportions proposée en France par CANETTI et COLL. Elle demeure la technique des tests de résistance la plus universellement admise.

On peut découvrir une résistance acquise à une ou plusieurs drogues survenant chez des sujets incorrectement traités et qui présentent une reprise évolutive ou une rechute de leur maladie ; ce qui permet de modifier le traitement initial pour une meilleure et durable efficacité. Ceci nous amène à souligner la nécessité d'une polychimiothérapie triple voire quadruple en attendant le résultat de l'antibiogramme.

Au total, du point de vue bactériologique, tout traitement antituberculeux ambulatoire devrait pour être correct commencer par une hospitalisation même de courte durée.

B - LES FACTEURS FAVORISANT LA REPONSE DE LA CHIMIOOTHERAPIE TUBERCULEUSE

Depuis l'apparition de l'antibiochimiothérapie antibacillaire et surtout l'introduction d'antibiotiques majeurs administrables par voie orale tels que l'Isoniazide, la Rifampicine et l'Ethambutol, FOX W. à la John Barnwell (1968) a pu résumer les facteurs influençant la réponse de la chimiothérapie antibacillaire. Il considère que :

1°) les facteurs suivants sont sans importance

- le repos et le confort du logement ;
- l'alimentation ;
- les soins infirmiers ;
- le climat, le séjour en altitude ;
- les facteurs psychologiques.

2°) la gravité de la maladie est relativement importante

3°) seules doivent être prises en considération :

- la chimiothérapie judicieusement appliquée ;
- la coopération et la confiance du malade.

Pratiquement on distingue deux étapes dans la conduite du traitement ambulatoire :

1°) la phase d'attaque hospitalière ou sanatoriale initiale

qui doit être de courte durée où le facteur essentiel est une antibio-chimiothérapie intensive pour amener une négativation rapide de l'expectoration. Elle constitue un isolement du malade et une prophylaxie des sujets-contacts.

Elle s'adresse à tous les malades qui présentent une expectoration positive avec présence de bacilles. À l'examen direct ou au tubage gastrique après homogénéisation.

2°) la phase d'entretien post-hospitalière a deux caractéristiques :

a) la poursuite de la chimiothérapie ambulatoire sur un mode permettant à la fois une sécurité thérapeutique suffisante, une administration facilement acceptée par le malade pendant un temps prolongé ce qui sous-entend une parfaite coopération du malade.

b) la reprise plus ou moins rapide par le malade de ses activités professionnelles et sociales sous contrôle régulier compatible avec les impératifs sociaux liés à la reprise du travail.

C - LA CURE AMBULATOIRE A SES INDICATIONS ET
CONTRE-INDICATIONS

1°) Les indications :

Il est évident que le traitement ambulatoire ne s'adresse pas à tous les tuberculeux en raison de certaines exigences dans la poursuite de la thérapeutique. Ces indications sont les suivantes :

- la tuberculose de primo atteinte des sujets non contagieux ou devenus non contagieux (pères de famille, cadres, industriels et professions libérales) ;

- la coopération et la confiance parfaite entre le patient et son médecin ;

- une organisation et un encadrement médical correct qui permettra une surveillance minutieuse ;

- le traitement ambulatoire convient parfaitement à des sujets même de culture rudimentaire à condition qu'ils soient confiants en leur médecin et qu'ils soient toujours traités par la même équipe.

2°) Les contre-indications :

Elles ne sont pas absolues à la seule condition de persuader les malades du bien-fondé de ce mode de traitement. Ceux que l'on n'arrive pas à persuader seront candidats aux séjours sanatoriaux plus prolongés. Parmi eux, il faut noter :

- Les malades indécis ;
- Les psychopathes ;
- Les sujets assoeiaux ou instables ;
- Les sujets âgés dans les hospices ;

- Les invalides et les tarés ;

- Les chômeurs non reclassés ou volontaires car n'étant pas couverts par la sécurité sociale, ils ne peuvent faire les frais des médicaments nécessaires et ne travaillent pas, ils échappent à toute possibilité de contrôle médical.

- Les travailleurs étrangers dont la compréhension est gênée par la barrière linguistique. Cette population est la plus touchée par la tuberculose. Si elle accepte un séjour hospitalier initial en vue du traitement d'attaque, elle revendique rapidement la reprise du travail. Le salaire de ces travailleurs doit couvrir, en effet, non seulement leurs besoins, mais souvent ceux de plusieurs membres de leur famille demeurés dans leur pays d'origine.

Il est donc nécessaire d'aider ces malades en leur expliquant la finalité du traitement par le truchement d'interprètes plus évolués (72)

- I I I -

M E T H O D E S E T T E C H N I Q U E S

A - NOMBRE DE SUJETS ETUDIES

Notre étude porte sur 103 malades (75 hommes et 28 femmes) entrés dans le service de pneumophtisiologie du Centre Hospitalier Universitaire d'AMIENS entre le 1er janvier et le 31 décembre 1971.

91 étaient des Français (88,35 %), 1 Noir d'Afrique (0,97 %), 6 Nord-Africains (5,82 %) et 5 d'autre origine ethnique (4,85 %).

Origine	Total	%
Citadins	59	57 %
Ruraux	44	43 %

La répartition d'après le sexe montre que le sexe masculin compte le plus grand nombre de sujets et que le maximum d'atteinte se situe entre 21 et 50 ans. Le sexe féminin par contre moins nombreux et la population la plus touchée est dans la tranche allant de 16 à 30 ans.

Ainsi que le montrent les graphiques suivants. (4-16)

B - SELECTION DES DOSSIERS

Les critères retenus sont :

1°) l'aspect radiologique des lésions

Il existe de nombreuses manières de classer les

F E M M E S

H O M M E S



R E P A R T I T I O N D ' A P R E S L E S E X E

formes anatomo-radiologiques de la tuberculose pulmonaire. Nous avons utilisé la classification qui semble la plus fréquemment utilisée et actuellement admise par la plupart des auteurs ; ce sont les formes :

- très étendues
- moyennement étendues
- peu étendues
- excavées ou non excavées avec ou sans pleurésie associée. Sur le plan topographique, on entend par forme :

- très étendue, celle constituée de lésions qui touchent plus de la moitié du parenchyme pulmonaire total.

- moyennement étendue, celle qui lèse entre $\frac{1}{3}$ et la $\frac{1}{2}$ du parenchyme pulmonaire total.

- peu étendue, celle dans laquelle les lésions atteignent moins du $\frac{1}{3}$ du parenchyme pulmonaire total.

96 de nos malades présentaient une atteinte pulmonaire : 43 excavées et 53 non excavées, 11 pleurésies dont 4 associées aux formes parenchymateuses excavées ou non.

FORMES	Excavées	Non Excavées	Pleurésies	
			Associées	Isolées
Très étendues	17	8		
Moyennement étendues	9	10	4	7
Peu étendues	17	35		

2°) La bactériologie à l'entrée :

Pendant l'hospitalisation des malades, la preuve bactériologique fut apportée 67 fois dont 59 à l'examen direct et à la culture, 8 fois seulement par culture.

La bacilloscopie est restée toujours négative dans 29 cas tant aux examens directs qu'aux cultures ; mais la nature tuberculeuse ne faisait pas de doute sur les images radio-tomographiques. Les 7 pleurésies furent toutes confirmées par l'examen anatomo-pathologique du fragment pleural biopsié et par culture du liquide pleural.

Positive	Direct et culture	59	57,28 %
	Culture	8	7,76 %
Négative (à toutes les recherches bactériologiques)		29	28,15 %
Pleurésies isolées (confirmées par biopsie ou culture du liquide pleural)		7	6,80 %

C - TRAITEMENT ET DUREE

1°) Le traitement :

Pendant tout le temps de l'hospitalisation, nos malades ont reçu quotidiennement selon les cas une triple ou quadruple association d'antibiotiques. L'Isoniazide (I.N.H.) et l'Ethambutol (Dexambutol ou Myambutol) sont à la base de cette association puisqu'ils sont souvent bien tolérés et peuvent être donnés à doses maximales.

L'Isoniazide se donne à la dose moyenne de 8 à 10 mg par Kg, soit 450 mg par jour ; l'Ethambutol à la dose moyenne de 1 200 mg, soit 3 comprimés à 400 mg.

La Rifampicine (Rifadine ou Rimactan) leur est associée en traitement continu ou discontinu en fonction de la tolérance hépatique (2 gélules à 300 mg quotidiennes ou 3 gélules 2 ou 3 fois par semaine).

Enfin, reste le choix entre la streptomycine et le prothionamide (1321 Th ou Trévintix) ; ce dernier moins indiqué du point de vue hépatique s'il doit être associé à la Rifampicine. Par contre, employé seul, sa tolérance digestive est assez bonne.

Dans les pleurésies tuberculeuses, un anti-inflammatoire est toujours associé, nous utilisons souvent soit du tandéril, soit du cortancyl.

Chez certains de nos malades gravement atteints et affaiblis, chez des sujets indociles, peu coopérants, l'administration des drogues se fait par perfusion ; dans 250 ml de sérum glucosé isotonique, on fait passer les antibacillaires. Elle a dans ce cas un bénéfice évident : meilleure tolérance, certitude d'administration, création d'un climat psychologique favorable.

2°) La durée moyenne du traitement :

a) Le traitement hospitalier : Presque tous nos malades ont été hospitalisés pendant une période allant de 15 jours à 6 mois selon la gravité de l'atteinte. La durée moyenne du séjour est de 2 mois et 6 jours. Plus rares sont

ceux qui ont quitté malgré nous l'hôpital au bout d'un temps beaucoup plus court de 10 à 13 jours.

b) Le traitement ambulatoire : Sur les 103 sujets mis en cure ambulatoire après leur sortie de l'hôpital, 12 ont été perdus de vue : 5 avec B.K. positifs au début, 7 avec B.K. négatifs au début ; 1 décès a été enregistré pour une autre cause dans le groupe des sujets positifs au départ. Dans l'ensemble, il s'agit des malades sans domicile fixe ou ayant changé de domicile, des chômeurs sans qualification professionnelle, des marchands ambulants.

Au total, nous avons donc régulièrement suivi 90 malades composés de :

- 13 sédentaires (employés - commerçants - artisans)
- 14 femmes au foyer
- 2 infirmières et 1 institutrice
- 2 lycéens
- 21 invalides et retraités de travail
- 7 ouvriers agricoles
- 30 autres ouvriers

D - METHODES DE SURVEILLANCE

A leur sortie, tous nos 90 malades sont suivis régulièrement en consultation externe au Service de Pneumophtisiologie.

Le rythme des consultations est le suivant : la première à la fin du 1er mois, la deuxième à 2 mois et demi et enfin une consultation par trimestre jusqu'à la guérison.

A chaque consultation est fait un examen clinique complet, une radiographie standard alternant avec des toмоgraphies par comparaison des précédents documents. Un examen bactériologique (examen direct et culture) est pratiqué sur le liquide de tubage. Des examens biologiques peuvent être également effectués : une numération formule sanguine et une vitesse de sédimentation ; une transaminasémie et des tests hépatiques chez un malade sous Rifampicine.

L'audiogramme sera demandé au moindre trouble auditif chez un sujet sous streptomycine et un examen ophtalmologique en cas de troubles oculaires lorsque l'Ethambutol est prescrit.

Entre les consultations spécialisées, le malade est suivi par son médecin traitant qui lui renouvelle éventuellement ses ordonnances.

Sur le plan social, l'assistante sociale du service de pneumo-phtisiologie aide les malades dans leurs démarches auprès des caisses de Sécurité Sociale, des organismes d'Aide Sociale et auprès du médecin de l'Entreprise.

Il est à noter que cette surveillance doit être conduite par le même médecin ou par une même équipe hospitalière car le malade écoute plus volontiers le médecin et l'équipe hospitalière auxquels il est accoutumé.

Enfin, pour ce qui concerne la surveillance du traitement, là où on a des doutes sur la prise effective des médicaments, surtout chez les sujets indociles peu coopérants, un traitement par voie parentérale s'avère justifié. La prise per os soit de la Rifampicine, soit de l'Ethambutol sera aussi contrôlée par l'infirmière de

l'usine.

Telles sont les grandes lignes de surveillance d'un malade tuberculeux traité en ambulatoire.

E - METHODES D'APPRECIATION

La sortie et la mise en traitement ambulatoire sont subordonnés :

- A l'évolution clinique marquée par la disparition de la toux, l'absence de crachats, la reprise du poids et la normalisation de la vitesse de sédimentation ;

- A l'évolution radiologique dans le sens de l'amélioration des images radiotomographiques ;

- A l'évolution bactériologique caractérisée par la négativation de l'examen microscopique des crachats ou du liquide de tubage.

Ultérieurement, chacun de nos contrôles a compris un interrogatoire sur les conditions de travail et sur les médicaments effectivement absorbés, un examen clinique, radiologique et une culture de l'expectoration.

- I V -

R E S U L T A T S

A - GLOBAUX

1) Bactériologie :

L'étude a porté sur 90 malades dont 67 présentaient des lésions bactériologiquement confirmées : 59 (57,2 %) à l'examen direct et 8 (7,7 %) à la culture.

De ceux-ci, 64 avaient à leur sortie des examens bactériologiques négatifs. Chez 3 malades sortis contre avis médical au bout de 10 à 13 jours de traitement, la négativation a été obtenue au cours du traitement ambulatoire au bout du 3e mois pour 2 d'entre eux. Le 3e présentait des lésions torpides avec bacilloscopie positive après ce délai. Il est réhospitalisé et au bout de 2 mois, son expectoration est stérilisée. Ses lésions pulmonaires ont nettement regressé.

2) radiologie :

Nous résumons par le tableau ci-dessous les résultats radiologiques des 90 malades.

Images pulmonaires	Nombre	Pourcentage
Image thoracique normale	50	45 %
Séquelles minimales	23	27,7 %
Séquelles notables	17	15,3 %

B - ANALYTIQUES

1°) Médicaux

- Cliniquement aucun de nos sujets n'a eu de difficulté physique à reprendre une activité socio-professionnelle. Dans l'ensemble, l'état de santé a été satisfaisant.

Un malade fut réhospitalisé car il prenait très irrégulièrement ses médicaments et présentait une altération de l'état général. L'examen bacilloscopique était positif et on notait une colonie de bacilles de Koch à la culture, les images radiologiques restaient inchangées.

Chez le deuxième malade, la bacilloscopie était positive au direct alors que toutes les cultures étaient revenues négatives. Il conservait un bon état général.

- Bactériologie : Nous avons exposé plus loin que la stérilisation des crachats était l'une des conditions qui permettait d'autoriser la sortie du malade.

Trois de nos malades avaient regagné leur foyer prématurément sans respecter cette règle ; deux d'entre eux sont devenus négatifs par le traitement ambulatoire. quant au troisième, nous étions contraints de le réhospitaliser. Il était devenu chronique à la suite d'un traitement irrégulièrement suivi. Il devenait négatif à son tour pendant sa deuxième hospitalisation.

Les 64 autres étaient tous négatifs avant leur sortie ; cette stérilisation des crachats se situe entre le premier et le cinquième mois du traitement hospitalier.

Cette né activation rapide doit être mise sur le compte de l'association rifampicine-isoniazide-éthambutol qui est hautement bactéricide.

Au total, sur les 67 malades dont les crachats étaient stériles, 66 ont conservé une bacilloscopie négative jusqu'à la guérison ; un seul a vu l'examen de son expectoration redevenir positif alors que toutes les cultures sont demeurées négatives et le travail a pu être poursuivi normalement.

Cette repositivation de la bacilloscopie peut s'expliquer probablement par la ^émission des bacilles hors d'état de nuire ou morts. (BERNARD et KREIS (10), CANETTI et GROSSET (24), CANETTI et COLL. (26))

- Radiologie : Nous accordons la plus grande valeur aux modifications des images radiologiques. Les différents aspects radiotomographiques observés chez nos malades à leur sortie de l'hôpital ont été comparés à ceux obtenus pendant les différents contrôles au cours de la cure ambulatoire.

La confrontation des documents radiologiques obtenus dans deux conditions de traitements différents nous permet de considérer comme guéris les sujets ayant des images pulmonaires stabilisées, c'est-à-dire :

- de fines cavités fibro-bulleuses
- de tractus fibreux et étoilés
- de nodules denses d'allure séquellaire inchangée aux différents bilans radiologiques ; ils sont parfois calcifiés.
- les pleurésies ont soit complètement disparu avec une image thoracique normale, soit ne laissant que de séquelles minimales à type de discrète pachypleurite ou de léger comblement des culs-de-sac.

En définitive, parmi les 43 malades présentant des lésions cavitaires au départ, dont 8 persistaient à la sortie et pendant la reprise du travail, aucune rechute ne fut notée.

Sur les 11 sujets atteints de pleurésie isolée ou associée à d'autres lésions, tous reprirent le travail sans aucun incident et présentèrent à leur dernier bilan :

- soit une image thoracique normale : 7 cas
- soit des séquelles pleurales minimales : 4 cas

Le nettoyage des images pulmonaires est satisfaisant dans l'ensemble : image thoracique normale (45 %) ; séquelles minimales (27,7 %) et séquelles notables (15,3 %)

2°) Médico-sociaux

Le traitement de la tuberculose pulmonaire subit une nouvelle évolution suscitée par l'accroissement du nombre des antituberculeux majeurs de plus en plus actifs.

La seule antibiochimiothérapie poursuivie selon des règles précises, s'avère d'une efficacité presque totale. Elle relègue les autres mesures thérapeutiques à des places accessoires et fait discuter du bien-fondé du repos prolongé et de cure sanatoriale.

Ce traitement moderne doit s'intégrer dans un vaste programme médico-social ;

- à court terme : réduire autant que possible les conséquences psychologiques, familiales et socio-professionnelles d'une maladie qui jadis et à juste titre faisait peur sinon honte,
- à long terme : assurer l'éradication de ce fléau

Nous étudierons successivement la réinsertion au foyer et la reprise du travail.

LA REINSERTION AU FOYER

DURÉE SEJOUR HOSPITALIER	10 Jrs à 1 mois	1 à 2 mois	2 à 3 mois	3 à 4 mois	4 à 5 mois	5 à 6 mois
Nombre de ma- lades à la sortie	16	27	31	13	1	2

Ainsi que le montre ce tableau, nos malades ont séjourné à l'hôpital pendant une durée allant de 10 jours à 6 mois. La majorité a séjourné de 1 à 3 mois.

Ils ont tous regagné leur foyer dès leur sortie.

LA REPRISE DU TRAVAIL

Sur les 90 malades mis en cure ambulatoire :

- 64 (71,1 %) ont repris leur travail à des dates variables ;
 - 7 ouvriers agricoles : 6 entre le 15e et le 120e jour, 1 à 6 mois ;
 - 25 ouvriers d'usines et chantiers divers : 16 entre le 1er et le 4e mois, 9 entre le 4e et le 6e mois ;
 - 14 femmes au foyer ont mené une activité normale immédiatement après leur sortie. La plupart d'entre elles étaient des mères de famille avec en moyenne 1 à 3 enfants.

- 13 sédentaires (employés, commerçants, artisans) : 10 entre le 15e et le 60e jour, 3 entre le 3e et le 6e mois ;
 - 2 infirmières : l'une au 4e mois, l'autre au 5e mois ;
 - 2 lycéens : reprise scolarité normale pour l'un au 2e mois, pour l'autre au 4e mois ;
 - 1 institutrice : reprise au 2e mois.
- 26 autres (28,8 %) se répartissent en :
- 21 inactifs : invalides et retraités de travail
 - 5 ouvriers dont 4 étaient des chômeurs secourus inscrits au service de la main-d'oeuvre, le 5e ne peut reprendre son travail pour une autre raison médicale (épilepsie post-traumatique).
-

- V -

D I S C U S S I O N

Les résultats de notre étude montrent sans conteste le bien-fondé du traitement ambulatoire. Mais comme toute conception nouvelle, cette méthode de traitement qui est en soit une véritable révolution dans le traitement classique de la tuberculose pulmonaire, a des inconvénients souvent dénoncés par de nombreux auteurs. Les défenseurs de la méthode ne manquent pas.

Aussi, nous semble-t-il intéressant de passer en revue, d'une part les inconvénients possibles du traitement ambulatoire, d'autre part les avantages qu'on en a tirés.

Les inconvénients possibles du traitement qu'on peut objectivement envisager sont : le passage à la chronicité, l'apparition des résistances avec toutes leurs conséquences pour l'entourage des malades ainsi traités.

C'est ainsi que pour certains auteurs comme DUFOURT (43) et ZORINI (127), la cure ambulatoire et la reprise prématurée du travail concourent à augmenter la masse des malades chroniques qui constituent une charge pour la collectivité. Pour ces mêmes auteurs, l'inéfficacité de la méthode est due aux traitements irréguliers et insuffisants pouvant déterminer l'apparition des mutants résistants. Armand DELILLE (4) a constaté l'augmentation de fréquence de primo-infection chez l'enfant en rapport avec la pratique du traitement à domicile des tuberculeux.

A la XIVe Conférence Internationale de la Tuberculose de NEW-DELHI, VIDAL et GUIN (124) ont contesté les résultats de chimiothérapie ambulatoire rapportés par de nombreux auteurs. Ils estiment que ce mode de traitement est souvent institué, surveillé par un médecin non spécialiste et que les voies d'introduction des médicaments sont celles qui offrent le plus de facilité au détriment des per-

fusions de P.A.S. Ils désapprouvent d'autre part l'insuffisance des contrôles bactériologiques et radiologiques.

L'efficacité de la chimiothérapie spécifique a permis à bien d'autres auteurs de prouver l'intérêt du traitement ambulatoire.

Ainsi SORS et COLL. (119) estiment que le conflit des bacilles et des médicaments ne fait aucunement intervenir la notion d'inactivité physique, mais seulement celle d'une prise correcte des drogues capables de détruire les bacilles ou d'inhiber leur reproduction.

Contre le risque de contamination, l'enquête de LEVI-VALENSI et MOLINA (82) a été probante. Il en ressort que chez les sujets en cours de traitement par les antibiotiques, les risques de contamination de l'entourage sont dix fois moins que chez le malade non traité. La thèse de BRUANT (17) confirme également cette constatation. Il est juste que le risque de contamination reste le souci majeur de tout médecin en face de la tuberculose. Mais le plus souvent, cette contamination se fait avant le dépistage du malade. C'est ainsi qu'il n'est pas rare qu'un virage des tests tuberculiniques chez l'enfant dans une famille conduit à la découverte d'un ou de plusieurs contamineurs.

Dans le cadre du traitement ambulatoire, le problème est totalement différent. En effet, l'étude comparative de LEVI-VALENSI et MOLINA (82) montre bien que ce risque est minime quand le sujet est sous traitement.

L'émission pauci-bacillaire par certains malades sous traitement correctement suivi justifie à juste titre la crainte du risque de contamination. Mais les travaux de

CANETTI et COLL. (26), de KREIS (68) ont bien montré que ces bacilles ne sont pas virulents et dénués de toute viabilité.

En définitive et comme le pense B. KREIS (68), :
"La contamination se fait toujours avant le dépistage de la maladie, alors qu'on ignore l'infection et qu'on n'élève aucune barrière entre le sujet atteint et ses proches".

Dans notre étude, nous n'avons à déplorer aucun cas de chronicité ; nous n'avons pas non plus relevé de cas de contamination.

Par ailleurs de nombreux auteurs ont présenté des résultats de plusieurs études intéressantes. Nous pouvons citer :

- CLARKE en 1950 (36) sur 24 malades chroniques traités par l'association P.A.S.-Streptomycine à titre ambulatoire au dispensaire obtint :

23 négativations de bacilloscopie sur 24.

- ROBINS et COLL. (106) avec l'I.N.H. employé seul en cure ambulatoire et sans hospitalisation préalable ont obtenu chez 88 tuberculeux à bacilloscopie positive :

7,5 % de stabilisation

46 % de guérison ou amélioration

33 % de négativation.

L'adjonction de P.A.S. à l'I.N.H. chez 348 autres malades leur permet d'obtenir 52 % de négativation, 58 % de guérison ou amélioration.

- HECKENROTH (62) sur 1010 tuberculeux traités en dispensaires par les seuls antibiotiques pendant une période allant de 4 mois à 3 ans, note :

60 % d'amélioration

50 % de guérison confirmée.

- LEVI-VALENSI par les seuls antibiotiques associés chez 2315 sujets tuberculeux dont 535 enfants en traitement extra-hospitalier obtint :

66 % de bons résultats chez les 1780 adultes

94 % de guérison chez les 535 enfants.

- VELASCO (121) sur 522 malades traités par la même méthode note 72 % de bons résultats.

- Enfin, récemment, PEUMERY et LE QUELLEC (100), SENTICI Mohamed (116) ont enregistré respectivement 92 % et 70 % de bons résultats en traitement extra-hospitalier.

On peut admettre avec ces auteurs que les résultats ont été influencés très favorablement par une chimiothérapie poursuivie pendant une durée suffisamment prolongée. Il est à noter que ces résultats significatifs sont obtenus avec l'aide d'un armement médicamenteux modeste et sur le mode ambulatoire pur. Ainsi la cure ambulatoire actuelle précédée d'une hospitalisation et d'une négativation de la bacilloscopie constituent une garantie supplémentaire pour le malade et son entourage.

Le traitement ambulatoire après un séjour hospitalier court est de plus en plus appliqué comme le prouve une statistique récente de KAUFMANN en Suisse rapportée par CARDIS(27). Elle montre que la proportion des séjours sanatoriaux a baissé de 3,68 p.1000 en 1958, à 2,51 en 1962, reculant de 31,8 %, tandis que s'élève celle du traitement ambulatoire : 0,38 p. 1000 en 1958 et 0,68 p. 1000 en 1963 marquant une augmentation de 60 %.

Notre échantillon d'étude est certes moins important que ceux des expériences précédentes. Mais les résultats ne sont pas moins superposables à ceux que nous venons de citer. En effet sur 90 malades suivis, dont en fait 67 avaient une bacilloscopie positive au début du traitement, 64 étaient devenus négatifs pendant le séjour hospitalier.

Deux qui étaient sortis prématurément ont vu leur bacilloscopie se négativer dans le même délai que les 64. Un seul n'est devenu négatif qu'au bout du 6e mois. Il faisait partie des 3 malades sortis prématurément **contre avis médical**

Nous pouvons par conséquent admettre que le résultat de ce travail est bon dans 100 % des cas. Les enquêtes que nous avons menées tout au long de cette étude dans la surveillance de ces malades n'a révélé aucun incident majeur. La plupart d'entre eux après avoir réinséré leur foyer ont repris leurs activités socio-professionnelles et familiales normales.

Ainsi, un traitement ambulatoire dans la mesure où il est institué et surveillé dans un milieu hospitalier spécialisé qui permette un bilan radiologique et bactériologique correct donne des résultats aussi comparables à ceux obtenus lors d'une hospitalisation prolongée. Il a, à la différence d'un séjour prolongé, des avantages certains.

a) Pour le malade : Après une hospitalisation de courte durée, outre le bilan spécifique, le but d'expliquer la nécessité d'un traitement prolongé à domicile, il regagnera son foyer où son absence n'aura été que brève. La reprise précoce du travail, comme l'a bien souligné BRUANT (17) a le double avantage :

- d'éviter l'apparition de certains **sinistres** qui empêche les malades trop longtemps immobilisés, de reprendre une activité salariale normale,
- d'éviter, par un retour rapide au foyer, beaucoup de drames familiaux.

D'autres avantages sont souvent soulignés par d'éminents auteurs tel B. KREIS qui a beaucoup insisté sur le caractère socio-économique de ces méthodes de traitement tout en évitant des arrêts de travail trop prolongés, ce

traitement épargne aux organismes payeurs qu'il s'agisse de la Caisse de Sécurité Sociale ou des organismes d'Aide Sociale, des versements coûteux de journées d'hospitalisation et des indemnités de salaire.

Ce qui amène le Professeur B. KREIS à se demander "si l'attribution systématique de congé de longue durée reste encore aujourd'hui légitime".

L'incidence psychologique sur le malade ainsi traité n'est pas négligeable. Sa maladie est démythifiée. A l'encontre du concept classique de la maladie tuberculeuse longue à guérir, le sujet prend conscience des progrès thérapeutiques et du pronostic de la tuberculose qui s'est considérablement amélioré. On peut en effet envisager en raison de l'arsenal thérapeutique efficace dont nous disposons de considérer la tuberculose comme une autre maladie infectieuse, à cette différence qu'aucune imprudence, ni négligence de la part du malade ne doit être commise.

b) Sur la conception classique de la lutte anti-tuberculeuse.

Il apparaît évident que de tels traitements contribuent, d'une part à réduire, de 2 à 3 fois la durée de l'hospitalisation conduisant à une accélération de la rotation des malades ; d'autre part obligent à une éducation sanitaire des masses car il faut reconnaître que la bonne compréhension du malade est le facteur déterminant dans l'obtention de la guérison.

Le traitement ambulatoire, avec les avantages que nous venons de voir trouve son champ d'action idéal dans les pays en voie de développement. En effet dans ces pays, l'infrastructure sanitaire est insuffisante et ne peuvent organiser la lutte anti-tuberculeuse sur le modèle des pays riches. L'insuffisance des lits hospitaliers est criante et

le nombre des tuberculeux dépistés ne cesse de s'accroître chaque année. L'hospitalisation brève comme nous l'avons vu ne paraît pas réalisable pour tous ces malades. Elle constitue pourtant la meilleure solution à adopter permettant ainsi de décongestionner des centres médicaux pour certains malades qui attendent d'être hospitalisés. Cette solution ne peut être envisagée que pour certains malades graves pendant une durée réduite au strict minimum. Ainsi, tous les autres cas doivent être mis d'emblée en traitement ambulatoire.

Après les expériences du Centre de Chimiothérapie de MADRAS, des auteurs tels que LEVI-VALENSI et MOLINA, ABDERRAHIM et COLL.(1), CHAULET, LARBOUI et COLL (29), HASSAN Latif (59), LAFFONT et HALLOUCHE (75) ont développé cette méthode de traitement dans les pays du MAGHREB et ont obtenu des résultats dans l'ensemble satisfaisants.

Il est bien évident que la généralisation de cette méthode demande beaucoup d'efforts et de sacrifices pour informer, éduquer sanitairement les masses et les malades : conditions nécessaires pour sa réussite. Mais cette tâche n'est pas si facile car elle exige le concours et la volonté de tous ceux qui sont chargés de l'appliquer : administrateurs, chercheurs, économistes, médecins et statisticiens.

Ainsi, révolution thérapeutique dans les pays riches, le traitement ambulatoire dans les pays pauvres, constitue un début d'organisation de la lutte anti-tuberculeuse, une occasion d'éducation sanitaire dont la réalisation doit être le fruit d'un programme concerté à l'échelon national.

- V I -

C O N C L U S I O N S

De cette étude, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1°) Le traitement hospitalier ou sanatorial initial de durée raisonnable, doit être la condition préalable d'une cure ambulatoire correcte pour deux raisons principales :

- Il constitue l'isolement indispensable du sujet contagieux vis-à-vis de son entourage ;
- Il permet un traitement d'attaque avec des antituberculeux judicieusement choisis d'après les résultats de l'antibiogramme.

2°) Le traitement ambulatoire malgré toutes les objections que l'on peut lui opposer est actuellement bien adapté ; les résultats probants des travaux étrangers notamment ceux de MADRAS en Inde, ceux des Professeurs LEVI-VALENSI et MOLINA en Algérie (1959) et les plus récents travaux français (11, 20, 71-72) sont là pour le prouver. Ces résultats sont l'œuvre de la coopération du malade et la nécessité d'une surveillance rigoureuse.

3°) L'efficacité des antituberculeux reste entière et n'est jamais diminuée par l'activité physique. En réalité, elle dépend d'un choix correct après les tests de résistance et la prise régulière des drogues antibacillaires.

4°) La disparition rapide du risque de contamination pendant le traitement hospitalier a permis à nos 64 sujets actifs sur les 90 que nous avons régulièrement

suivis, de reprendre leurs activités familiales et socio-professionnelles au bout d'un temps variant entre le 15e et le 180e jour.

Nous n'avons observé aucune rechute pendant la période d'observation de 12 ou 14 mois après le séjour hospitalier.

5°) Au point de vue médico-social, nous noterons 3 faits essentiels :

- Le traitement d'attaque hospitalier qui correspond à l'isolement du sujet contagieux, supprime le risque de contamination des sujets-contacts ;

- La réduction de la durée d'hospitalisation grâce aux nouveaux antituberculeux majeurs, permet la réintégration du foyer familial et la reprise plus ou moins rapide du travail et du même coup place le malade dans un meilleur climat psychologique ;

- Les incidences financières sont particulièrement favorables tant pour le malade et sa famille que pour la collectivité. Le chef de famille retrouve son salaire complet et les charges pour la collectivité se trouvent réduites. C'est ainsi que le prix des médicaments pris à domicile est moindre que le prix de journée d'un établissement hospitalier ou sanatorial.

6°) Le traitement ambulatoire, lorsqu'il est précédé d'une courte hospitalisation, comme le pratiquent LEVI-VALENSI, GRIESBACH, KRISTENSON, BUNDY, BLUMQUIST et FORGACS

avec des résultats éloquents, paraît être la solution idéale à adopter dans les pays en voie de développement où la lutte anti-tuberculeuse souffre d'une grande insuffisance du nombre de lits d'hospitalisation offerts aux tuberculeux. Mais la chimiothérapie ambulatoire sans hospitalisation préalable est préférable à l'absence de tout traitement. Elle donne des résultats non négligeables : 48 % de guérison (LEVI-VALENSI) et 72 % (VALASCO) à condition d'être poursuivie pendant une période suffisante.

7°) La cure ambulatoire doit jouer un rôle primordial dans la nouvelle stratégie de la lutte antituberculeuse tant dans les pays économiquement forts que dans ceux en voie de développement.

Pour les premiers, dans un but de donner un second souffle à la lutte antituberculeuse traditionnelle qui souffre d'une super-structure ayant parfois certaines insuffisances dans son application.

Pour les seconds, dans un souci avant tout économique pour la pauvreté des moyens qu'ils détiennent ; ceux-ci doivent envisager leurs problèmes de Santé Publique sous un jour nouveau.

- VII -

S I B L I O G R A P H I E

BIBLIOGRAPHIE DES AUTEURS CITES

1 - ABDERRAHIM K., ZIROUT A. et COLL

Problèmes organisationnels de la chimiothérapie intermittente de la tuberculose pulmonaire. Ves Journées Méd. Maghrebines Alger 1969.

L'organisation du traitement ambulatoire de la tuberculose pulmonaire en Algérie.

XXIe Conf. Inter. Tuber. Moscou 12-16 juillet 1971

2 - ANDERSEN S. et BARNEJI D.

A sociological inquiry into an urban tuberculosis control program in India.
Bull. OMS 29-685, 1963

A sociological study of awareness of symptoms among persons with pulmonary tuberculosis.
Bul. OMS 1963, 29, p. 685-693

3 - ANDREWS et COLL

Prevalence of tuberculosis among close family contacts of tuberculosis patients in south India and influence of segregation of patients on the early attack rate.
Bull. OMS 23, 463, 1960

4 - ARMAND-DELILLE P. F.

Augmentation de fréquence de la primo-infection de l'enfant en rapport avec la pratique du traitement à domicile des tuberculeux pulmonaires.
Ac. Nat. Méd. 20 nov. 1956, 140, 559

5 - BARIETY M.

Le sanatorium a-t-il encore sa place dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ?
Bull. Soc. Méd. Passy 1963, 29 N° 62 123-132

6 - BARTHE J.

Le traitement ambulatoire en milieu marocain.
Maroc Méd. T 37 N° 401, 1958, 1016

7 - BEHRENS W.

La tuberculose et son traitement à domicile par
la chimiothérapie.
Bull. U.I.C.T. N° 3 p. 7-9, Janv. 1955

8 - BELL J. W.

The initiation of chemotherapy in pulmonary tuberculosis West Africans : Hospital and ambulant treatment compared using streptomycin, Isonicotinic Hydrazide.
Brit. J. Dis. Chest. 1960 - 64, p. 247

9 - BELLES Qu. et LITTELMAN M. L. N.

A sensitive filter paper spot for the direction of isoniazide metabolites in urine.
Méd. J. Austr. 1962 - 2, p. 588-599

10 - BERNARD E., CROSDECAM J. et PRETET S.

Essai d'évaluation du risque de contamination des tout jeunes enfants (0 à 4 ans) élevés en milieu tuberculisé ; d'après les dossiers familiaux de plusieurs dispensaires de la région parisienne.
Sem. Hôp. Paris 2 févr. 1968. 38, n° 7-2, 394 p.76

11 - BERNARD E., KREIS B.

Le B.K. en contact intermittent avec la streptomycine.
Presse Méd. 59, 385-386, 1951

12 - BERTE S. J., DUNNINGTON W. G.

Results of ambulatory treatment and early rehabilitation program in tuberculosis.
Trans. 19 th Conf. Chemoth. Tuberc. VA Armed Forces 1960 p. 85

13 - BIGNALL J. R.

Traitement de la tuberculose pulmonaire à l'hôpital et à domicile.

Les Cah. Intern. de Tuberc. N° 19, juillet 1967

A controlled trial of three regimens of self-administered and supervised chemotherapy for pulmonary tuberculosis.

XXe Conf. Inter. Tuberc. New-York 1969

14 - BOURGEOIS P.

Cure libre et cure sanatoriale - Tuberculose pulmonaire et pleurale.

Coll. Méd. Chir. 6 juill. 1971, p. 783-787

Etude comparative des divers modes d'administration de l'isoniazide.

Rev. Tuberc. Paris - 17, 901-915, 1953

Quels tuberculeux faut-il actuellement envoyer en sanatorium ?

Entretiens de Bichat jeudi 4 octobre 1973.

15 - BRITISH MED. RES. COUNCIL

Various combinations of isoniazid with streptomycin or with P.A.S. in the treatment of pulmonary tuberculosis.

Brit. Med. J. 1955 - 1 p. 435

16 - BROC et HALFON S.

Traitement externe de la tuberculose de l'adulte. V^{es} jour. Pneumopht. d'A.F.N., mai 1956, Tunis ;

Journ. Pneumopht. d'A.F.N., 1956, N° 3

17 - BRUANT A.

Traitement ambulatoire de la tuberculose pulmonaire après courte hospitalisation

(Thèse méd. Paris 1970, N° 1034.)

18 - BULL. UNION INTER. CONTRE TUBERC.

La tuberculose en Afrique Nov. 1961 - 21, N° 2

Mesures pour améliorer et contrôler la prise des médicaments aux malades tuberculeux

Juill. 1962 N° 2, 307-370

Programmes et régimes de chimiothérapie en relation avec les ressources économiques dans les pays en voie de développement.

Panel. Méd. - 35, sept. 1964, 8, 237-281

Traitement des tuberculeux non hospitalisés.

Panel. Méd. 35, Sept. 1964, 3, 435-467

19 - BUNDY M., MARTIN G. et COLL

Early ambulatory treatment of pulmonary tuberculosis with isoniazid.

Am. J. Public Health 1954, 44, P. 1027

20 - BURGHARD G., PETITJEAN R. et COLL

Possibilités dans notre région d'un traitement ambulatoire de la tuberculose pulmonaire par administration bi-hebdomadaire d'une triple association I.N.H.-Streptomycine et P.A.S. en perfusion.

Rev. Tub. Pneum. (16e Cong. Nat. Tuber.) T 34, N° 5, juillet-août 1970, p. 662-665

21 - BURZONI F. et DURANTE C.

Résultats d'une enquête au Maroc d'un mode intermittent de traitement de la tuberculose pulmonaire associant streptomycine à l'I.N.H. par I.M. deux fois par semaine.

19e Conf. Inter. Tuber. Amsterdam 1967

Enquêtes thérapeutiques comparatives entre 2 régimes médicamenteux intermittents.

Rev. Tuber. Pneum. T 34, N° 5, 1970

22 - BURZONI F.

Enquête de traitement "E. R. 5"

20e Conf. Inter. Tuber. New-York 1968

23 - CANETTI G.

Eradication de la tuberculose dans différents pays compte tenu des conditions existantes.
Bull. U.I.C.T. juill. 1962, 32, N° 2, 605-542
Rapport Cong. Toronto 1961, 11

24 - CANETTI G., GROSSET J.

Aspects pratiques du problème de la résistance du bacille de Koch aux médicaments anti-bacillaires.
Poumon et Coeur 1959, 15, p. 1035-1063

25 - CANETTI G., GRUMBACH F.

A propos du traitement intermittent.
Tuber. (U.I.C.T.) N° 18, p. 15-16, 1967

26 - CANETTI G. et COLL

Long term, two stages chemotherapy of advanced experimental murine tuberculosis with intermittent regime during the second stage
Tubercle 44 : 236 - 40 - 1963

Mesure de la sensibilité du bacille tuberculeux aux drogues antibacillaires par la méthode des proportions. Méthodologie, Critères de résistance, résultats, interprétation.
Rev. Tuber. Pneum. Paris 1963, 27, 217

Une simplification technique de la méthode des proportions pour test de sensibilité du bacille tuberculeux : l'emploi d'une anse de platine.
Arch. Inst. Past. Alger 1964 - 42 - 14

27 - CARDIS F.

La crise du sana en Suisse.
Rev. Méd. Suisse Romande Nov. 1964, 84 N° 11
p. 823-831

28 - CHAULET P., ABDERRAHIM K. et COLL

Clinical experience in Algeria of intermittent treatment of pulmonary tuberculosis with isoniazid and streptomycin twice-weekly
Tubercle 1968 - 49 - Suppl. p. 81-82

29 - CHAULET P., LARBAOUI D. et COLL

Intermittent chemotherapy with isoniazid and streptomycin in Algiers.
Tubercle 1967 - 48 - p. 128-136

La chimiothérapie intermittente de la tuberculose pulmonaire. Résultats obtenus à Alger chez des malades suivis de 1 à 5 ans.
Rev. Tuber. Pneum. T 34, n° 5, Juil-Août 1970
p. 666-668

Résultats du traitement bi-hebdomadaire de la tuberculose pulmonaire par l'association INH-Streptomycine chez les malades suivis de 1 à 3 ans.
Ves jour. Méd. Maghr. Alger 1969

Comparaison de 3 régimes chimiothérapiques auto-administrés et supervisés dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.
Bull. U.I.C.T. 1970 - 44 - 8-56

Les résultats réels de la chimiothérapie chez les 455 tuberculeux pulmonaires dépistés dans une unité de lutte antituberculeuse d'Alger 1966-1967
XXe Conf. Inter. Tuber. New-York, Sept. 1969
(Bull. U.I.C.T. 43 - 282-88)

30 - CHAULET P., ABDERRAHIM K. ORIOL P.

L'organisation de la chimiothérapie en Algérie.
Journ. Maghr. Pneumopht. Casablanca mai 1971

31 - CHAULET P. LARBAOUI D. GROSSET J.

Le traitement intermittent de la tuberculose pulmonaire. Notre expérience après 2 ans de recul.
Santé Publ. (Min. Santé Pub. Popul. Algérie)
N° 5, p. 33-36 1966

32 - CHAULET P. LEVI-VALENSI P. et COLL

Le traitement intermittent de la tuberculose pulmonaire. Premiers résultats d'une enquête limitée.
Bull. Inst. Santé publique, Alger 1965

33 - CHAULET P.

Le problème de l'assiduité, limites et conditions du traitement extra-hospitalier.
Tunisie Méd. 1 - 1960 et 6 - 1963, P. 23-42

34 - CHENEBAULT J.

Le traitement ambulatoire ou extra-hospitalier des tuberculoses pulmonaires.
Maroc Méd. 1958, p. 287

35 - CHRITIEN J., LIOT F.

Le traitement des tuberculoses pulmonaires à domicile, ses erreurs, ses milites, ses impératifs
Entretiens de Bichat 1962.

36 - CLARKE

La streptomycine chez le tuberculeux non hospitalisé.
Brit. Méd. Journ. 1952, p. 4785

37 - COUDRAY

Nouvelle psychologie du tuberculeux et ses conséquences sur le traitement.
Rev. Tuber. T 21, N° 4-5, Avr-Mai 1957, p. 498-503

38 - COURY Ch. CONSTANS P.

Les modalités nouvelles du traitement de la tuberculose pulmonaire.
Thérapeutique 1972 - 48 : 1, 43-46

39 - DAWSON J. J., DEVADATTA S., FOX et COLL

A 5 year study of patents with pulmonary tuberculosis in a concurrent comparison of home and sanatorium treatment for one year with isoniazid-P.A.S.

Bull. W.H.O. 1966 - 34 - 533-551

40 - DECROIX G., KREIS B. et COLL

Comparaison entre Rifampicine-Isoniazide administrés quotidiennement et rifampicine-isoniazide administrés 2 fois par semaine
Rev. Tuber. Pneum. 1969

Etude comparative du traitement de la tuberculose pulmonaire par l'association rifampicine-isoniazide administrée quotidiennement puis 2 fois par semaine pendant une année.

Rev. Tuber. Pneum. 1971 - 35 - 39 - 54

41 - DENOIX F.F., ESTEVE J.

Faut-il reviser complètement notre conception de l'hôpital ?

Sem. Hôp. Paris (suppl) 26 juin 1951, 27, N° 30
484-489

42 - DEVADATTA S. et COLL

Progress in the second and third years of patients with quiescent pulmonary tuberculosis after a year of chemotherapy at home. Or in sanatorium, and influence of further chemotherapy on the relapse rate.

Bull. O.M.S. 24, 149, 1961

43 - DUFOURT A.

Tuberculose 1956

La santé de l'homme, sept. Oct. 1956, N° 96

44 - EIDUS L. et HAMILTON E. J.

A net method for the determination of acetyl-isoniazid in the urine of ambulatory patients.

Amer. Rev. Resp. Dis. 1964, 80, p. 587-588

45 - EVANS C., DEVADATTA S., FOX W. et COLL

A five year study of patients with pulmonary tuberculosis treated at home in a controlled comparison of isoniazi plus P.A.S. with three regimens of isoniazid alone.

Bull. W.H.O., 41, p. 1-16, 1966

46 - FORGACS P.

The place of short terme hospitals in the treatment of pulmonary tuberculosis.

Tubercle p. 109, avril 1955

47 - FOX W.

Self administration of medicaments : a review of published work and a study of the problems.

Bull. U.I.C.T. 1962 - 32, p. 307

The chemotherapy and epidemiology of tuberculosis : some findings of general applicability from the tuberculosis Centre Madras.

Lancet 1962 - 2 - p. 413

Recent advances in the chemotherapy of tuberculosis ; advances in chemotherapy.

Ac. Press. Inc. New-York 1965 - 2 - p. 197

The problem of self administration of drug.

Tubercle 39 - 269 - 1958

Application rationnelle de la chimiothérapie antituberculeuse dans les pays en voie de développement

W.H.O. TB Tech. Infor. 20 - 2 juill. 1964

Ambulatory chemotherapy in a developping country : clinical and epidemiological studies.

Adv. Tub. Resp. 1963 - 12 - 28 - 149

Considérations générales sur le choix et le maniement des régimes thérapeutiques dans la tuberculose pulmonaire.

XXIe Conf. Inter. Tuber. Moscou 12-16 juil. 1971 ;

Bull. U.I.C.T., 47, Février 1972, p. 51-71

48 - FRANQUIN J.

La lutte antituberculeuse en Afrique Equatoriale Française. (Thèse Médicale Paris 1959, N° 153)

49 - FREOUR M. P.

Peut-on traiter la tuberculose à domicile ?
J. Méd. Bordeaux, Janv. 1963, 140, N°1, 94-99
Moyens d'améliorer en France le rendement de la lutte
antituberculeuse.
XIVe Congrès Tuber. Nantes 1964, p. 281, 412

50 - FREOUR M. P. et COLL

L'image mentale de la tuberculose.
Rev. Tub. Pneum. T 23, N°4, Avril 1959, p. 428

51 - GANGADHARAM P. R. J. et COLL

A simple paper test for isoniazid in urine.
Indian J. Tuber. 1962 - 9 - p. 219

52 - GRIESBACH R.

Effets cliniques et épidémiologiques de la chimiothé-
rapie ambulatoire dans la tuberculose pulmonaire.
Rapp. XIVe Conf. Inter. Tuber. New-Delhi Janv. 1957 ;
Rev. Tuber. T 21, Janv. Fév. 1957, p. 114
Chimiothérapie ambulatoire de la tuberculose.
Deutsche med. Wechr. 76 - 37, p. 1146-1148-14-9- 1951
Résultats cliniques et épidémiologiques de la chimiothé-
rapie ambulatoire dans le domaine de la tuberculose
pulmonaire.
Bull. U.I.C.T. Juill-Oct. 1956, XIVe Conf. Inter. Tuber.
New-Delhi - 1 - 1957 - p. 367

53 - GROSSET J. et COLL

Résultats du traitement bi-hebdomadaire par l'isonia-
zide et la streptomycine de 135 tuberculeux à Alger.
XIXe conf. Inter. Tuber. Amsterdam 1967
Excepta Medica série N° 164 - 325-330

54 - GRUMBACH F.

La rifampicine dans les traitements associés continus
et intermittents de la tuberculose expérimentale de
la souris.
Acta Tuber. Pneum. Belg. 1969 - 60 - 390

55 - GRUMBACH F., RIST N. et RIEBEL J.

Traitement discontinu de la tuberculose expérimentale
de la souris par l'hydrazide isonicotinique.
Ann. Inst. Past. Paris 1952 - 83, p. 397

56- GRUMBACH F., CANETTI G., GROSSET J. et COLL

Late resultats of long term intermittent chemotherapy of advanced murine tuberculosis.
Tubercle 48 - 11-26 - 1967

57 - GRUMBACH F., CANETTI G., GROSSET J.

Further experiments on long term chemotherapy of advanced murine tuberculosis, with emphasis on intermittent regimes.
Tubercle 45 - 125-135 - 1964

58 - HALET

Essai de traitement ambulatoire de la tuberculose pulmonaire du noir africain à Elisabethville.
Acta Tuber. Pneum. Belg. 50, N°4 juil.-Août 1958, p.265

59 - HASSAN LATIF

The domiciliary treatment of tuberculosis in Egypte.
Bull. U.I.C.T. Juill-Oct. 1956, XIVe Conf. Inter.
Tuber. New-Delhi, 1 - 1957, p. 422

60 - HAZEMAN J.J.

Place des activités physiques et du travail dans la cure de la tuberculose pulmonaire du travailleur de moins de 45 ans.
Bull. U.I.C. T. 1964 - 35 - p. 219-222

61 - HEAF F. R. G.

La réadaptation des tuberculeux.
La sem. Méd. 1956 - 18 - 605

62 - HECKENROTH M.

Les traitements chimiothérapiques prolongés de la tuberculose pulmonaire en dehors des milieux hospitaliers en A. O.F. et dans les territoires d'Afrique Noire insuffisamment développés.
Journ. Pneumopht. d'A.F.N. Tunis 18 mai 1956

63 - HOCHSTRASSER D., LENNER S.

Facteurs psychologiques individuels concernant la surveillance de malades tuberculeux non hospitalisés.
Am. Rev. Resp. Dis. mai 1965, 91, N°5 - 746-757

64 - JOHNSON R.

Les éléments de la lutte antituberculeuse dans les pays du Tiers-Monde. (Thèse Méd. Paris 1969, N° 735)

- 65 - KAMAT S. R., DAWSON J. J. Y., DEVADATTA S. et COLL

A controlled study of the influence of segregation of tuberculosis patients for one year, on the attack rate of tuberculosis in a 5 years period in close family contacts in south India.

Bull. W. H. O. 1966 - 34, p. 517-533

- 66 - KHELLAF, MOKHTARI, LARBAOUI et CHAULET

Le coût de la tuberculose en Algérie.
Comm. Sté Pneumopht. Alger, mars 1966

- 67 - KOINDRI MOHAMED

Tuberculose pulmonaire Grand Alger. Rôle du dispensaire antituberculeux.
(Thèse Méd. Alger 1968 N° 33)

- 68 - KREIS B.

Technique d'étude in vitro du contact discontinu des germes et des substances anti-microbiennes.
Ann. Inst. Past. Paris 1951 - 80, p. 314-315

Résistance et survivance du bacille tuberculeux aux médications antibacillaires.
Masson et Cie Editeurs Paris 1966

Traitement de la tuberculose pulmonaire récente par S.M.Y+ I.N.H. + rifampicine pris quotidiennement et reprise du travail au 45e jour.
XXe Conf. Inter. Tuber. New-York 1969

Conditions d'un traitement ambulatoire correct.
XVIe Cong. Nat. Tuber. Bordeaux 1970
Masson et Cie éditeurs p. 201 - 263

Vers la transformation des sanatoriums pour tuberculeux
Gazette méd. France N° 36 du 28 nov. 1971

Le traitement ambulatoire des tuberculeux. Sa promotion actuelle et ses problèmes.
Pres. Méd., 30 mai 1970, 78, N° 27, p. 1211-1212

- 69 - KREIS B. et FOURNAUD S.

Les traitements antituberculeux de très courte durée chez la souris - Résultats.
Ann. Inst. Past. Paris 1965 - 29, p. 421-430

- 70 - KREIS B. et HIRSCH A.

Effort et tuberculose.
Rev. Tuber. Pneum. 1969, T 33, N° 8, p. 1091-1108

71 - KREIS B., ISRAEL L. PRETET S. et COLL

Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'association rifampicine-streptomycine et remise au travail dès le 45^e jour.

Rev. Teber. Pneum. 1969, T 33, N° 8, p. 1091-1108

72 - KREIS B., HAZEMAN J.J., PRETET S. et COLL

La reprise du travail dès les premiers mois du traitement.

Rev. Tuber. 32 - 683 - 706 - 1968

73 - KRISTENSON

Quelques expériences de chimiothérapie ambulatoire de la tuberculose pulmonaire.

Acta Tuber. Scand. 30, p. 195-202 - 1955

74 - LABAN M., KALEJA et COLL

Chimiothérapie supervisée de la tuberculose dans les conditions d'un travail normal.

XXe Conf. Inter. Tuber. New-York 1969 (à paraître dans bull. U.I.C.T.)

75 - LAFFONT H., Melle ALLOUCHE

Résultats de 5 années de fonctionnement du dispensaire antituberculeux de Maison Carrée à Alger. Cure Ambulatoire et Cure hospitalière.

Journ. Pneumopht. d'A.F.N. 1960 - 9, N° 2 - 78-80

76 - LAMBIE M. W. et COLL

Chimiothérapie supervisée de la tuberculose dans les conditions d'un travail normal.

Bull. U.I.C.T. 1970 - 43

77 - LARBAOUI D. ABDERRAHIM K.

Le traitement bi-hebdomadaire de la tuberculose pulmonaire par l'isoniazide et la streptomycine avec ou sans phase continue initiale.

Rev. Tuber. Pneum. 1968 - 32 - 939-948

78 - LARBAOUI D. ABDERRAHIM K. et COLL

Problèmes posés par l'organisation du traitement ambulatoire de la tuberculose pulmonaire en Algérie.

Rev. Tuber. Pneum. 1968 - 34 - N°5 - Juil.-Août 1970

79 - LAUCKNER J. R.

Premières observations du traitement ambulatoire de la tuberculose pulmonaire au Nigéria. Tubercle N°5 - 1956

80 - LE MELLETIER J.

Médications et orientations nouvelles dans le traitement médical de la tuberculose pulmonaire.

Gaz. Méd. France 1970 - 77, p. 1307-1316

81 - LE PEUPLE A., VIVIEN J.N. et THIBIER R.

Recherches bactériologiques initiales dans le traitement ambulatoire correct.

Rev. Tuber. Pneum. T 34, N° 5, juil.-Août 1970

82 - LEVI-VALENSI A. et MOLINA C.

XIIIe Congrès Nat. Tuber. Alger 1961, p. 124
Masson et Cie Editeurs Paris

Les récents aspects de l'antibiothérapie dans la tuberculose pulmonaire. Incidences médico-sociales, particulièrement en A. F. N.

Rap. XXXe Cong. Français Méd. Alger Avr. 1955, p. 270-280

Traitement de la tuberculose pulmonaire en dehors de l'hôpital et du sanatorium.

Maroc Méd. T 37, N° 398, 1958, p. 749

Traitement extra-hospitalier de la tuberculose pulmonaire par les antibiotiques.

Rap. VIe Cong. Lisbonne sept 1958,

Journ. Pneum. A. F. N. T 7, N° 4, 1958, p. 177

Effets cliniques et épidémiologiques de la chimiothérapie ambulatoire dans la tuberculose pulmonaire.

Bull. U.I.C.T. Juil.-Oct. 1956, XIVe Conf. Inter.

Tuber. New-Delhi, 1, 1957, p; 432

83 - LEVI-VALENSI A., MOLINA C., ASPAR A.

La cure à domicile des tuberculeux pulmonaires traités par les antibiotiques après une hospitalisation à court terme.

Sem. Hôp. Paris 26 mars 1956, N° 19, p. 1071

84 - LEVI-VALENSI A., ASPAR A., GHENASSAI S.

L'incidence de l'antibiothérapie des cracheurs de B.K. sur la contamination tuberculeuse du foyer.

Presse Méd. 26 fév. 1958, p. 341

85 - LEVI-VALENSI A., BIES A.A.

L'antibiothérapie de la tuberculose pulmonaire dans les dispensaires de l'agglomération algéroise.

XIIIe Conf. Inter. Tuber. Madrid 25 sept. 20 Oct. 1954

86 - LEVI-VALENSI A., HECKENROTH et COLL

Le traitement extra-hospitalier de la tuberculose pulmonaire.

Ves Journ. Pneumopt. A.F.N. Rev. Tuber. Pneumo. de l'A.F.N., T 5, N° 3 - 3e trim. 1956, N° spécial.

87 - LOLLINI C.

La cure ambulatoire à domicile des tuberculeux pulmonaires
Ves Journ. Pneumopt. A.F.N. mai 1956, Tunis. Journ. Pneumopt. d'A.F.N. 1956

88 - LUNDQUIST J.

Clinical and epidemiological results of ambulatory chemotherapy in pulmonary tuberculosis.

Bull. U.I.C.T. New-Delhi, 1, 1957, p. 538

89 - MADRAS (TUBERCULOSIS CHEPOTHERAPY CENTER)

A concurrent comparison of intermittent (twice weekly) isoniazid plus streptomycin and daily isoniazid plus P.A.S. in the domiciliary treatment of pulmonary tuberculosis.

Bull. W.H.O. 1966, 34, p. 247

Isoniazid plus thiocetazone compared with two regimens of isoniazid plus P.A.S. in the domiciliary treatment of pulmonary tuberculosis in south India patients.

Bull. W.H.O. 1966 - 34 - p. 483

A concurrent comparison of home and sanatorium treatment of pulmonary tuberculosis in south India.

Bull. W.H.O. - 21 - p. 510

A concurrent comparison of isoniazid plus P.A.S. with regimens of isoniazid alone in the domiciliary treatment of pulmonary tuberculosis in south India.

Bull. W.H.O. 1960 - 23 - p. 535

Intermittent treatment of pulmonary tuberculosis.

The Lancet 1078 - 1963

90 - MALABOEUF J.A.

Aspects essentiels du problème de la remise au travail des tuberculeux ruraux.

(Thèse méd. Paris 1964, N° 46)

91 - MARTIN, ALEXANDER et KUEHN

Traitement ambulatoire précoce de la tuberculose pulmonaire par l'Isoniazide

Amer. J. Pub. Hlth an. in Amer. Rev. Mars 1955 N°3, p.68

92 - MEDICAL RESEARCH COUNCIL

Long term chemotherapy in the treatment of chronic pulmonary tuberculosis with cavitation.

Tubercle London 1962 - 43, p. 201

93 - MENON K.

Madras Study of supervised once-weekly chemotherapy. Clinical aspects.

Tubercle supp. 1968, p. 1, session 6

Deux cures dirigées d'une fréquence d'une fois par semaine : enquête du Centre de Chimiothérapie de la Tuberculose. XXe Conf. Inter. Tuber. New-York 1969 (à paraître dans Bull. U.I.C.T.)

Traitement intermittent.

Tuberculose (U.I.C.T.) N° 17, p. 3-30, 1966

94 - MOLINA C.

Traitement à domicile de la tuberculose pulmonaire.

E.M.C. 6032 E 80, p. 1- 6 et J. Pneumopht A.F.N. 1960 - 9 - p. 65-67

95 - MONCHICOURT D.

Stratégie de la lutte antituberculeuse adoptée par les pays en voie de développement. Ses conséquences sur les pays développés.

(Thèse Méd. Paris 1971, N° 31)

96 - NAIROBI MEDICAL RESEARCH COUNCIL

Isoniazid investigation. Tubercle 1960 London

Drug acceptability in domiciliary tuberculosis control program.

Bull. W.H.O., 29 - 627 - 1963

Essai clinique d'une chimiothérapie courte (6 mois) dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Lancet 20 mai 1972 - 1 - 1079

97 - NAZARETH D., DEVADATTA S., EVANS C. et COLL.

A two years follow up for patients with quiescent pulmonary tuberculosis following a year of chemotherapy with an intermittent (twice weekly) regimen of isoniazid plus streptomycin or a daily regimen of isoniazid plus P.A.S. Tubercle London 1966 - 44 - 178 - 189

98 - OURY M. et NORVAL C.

Le traitement actuel de la tuberculose pulmonaire
Arch. Méd. de l'Ouest 1972, 74, p.323-326

99 - PEREZ M. G., MAYURI M. J. R.

Tratamiento ambulatorio intermitente de enfermos tuberculosis no tratados.
Revista peruana de tuberculosis 1968, 28, p. 47-52

100 - PEUMERY J.J., LE QUELLEC H.

Traitement de la tuberculose pulmonaire en milieu familial (étude de 53 observations).
Presse Méd. 21 nov. 1959, 67, N° 54, 2015-2016

101 - POLINSKY F.

Enquête coopérative du British Medical research Council et des Services Centraux Bohémiens de Tuberculose. Essai de chimiothérapie normale et intermittente. XXe Conf. Inter. Tuber. New-York 1969 (à paraître dans Bull. U.I.C.T.)

102 - RABIER M., SARRAT H.

Essais comparatifs de 3 modes. Thérapeutiques ambulatoires de la tuberculose pulmonaire au Sénégal.
Rev. Tub. Pneum. T 35, N° 7, p. 751-761, nov. 1971

103 - PANAKRISHNA C. V., DEVADATTA S., EVANS C. et COLL.

Influence of segregation of tuberculosis patients for one year on the attack rate of tuberculosis in a 2 years period, in close family contacts in south India.
Bull. W.H.O. 1961, 24, p. 129-148

A four year follow up of patients with quiescent pulmonary tuberculosis at the end of year of chemotherapy with weekly plus streptomycin or daily isoniazid plus P.A.S.

Tubercle London 1969, 50, 115-124

The course of pulmonary tuberculosis in patients encreting organisms wich have acquired resistance to isoniazid : response to continued treatment or with isoniazid plus P.A.S.

Bull. O.M.S., 26, 1, 1962

Prevalence and early attack rate tuberculosis among close family contacts of tuberculosis patients in south India under demiciliary treatment with isoniazid plus P.A.S. or isoniazid alone.

Bull. O.M.S., 24, 129- 1961

104 - RAO

The socio-economic aspects of tuberculosis.
W.H.O. TB Tech. Inform. 23-26, juin 1964

105 - ROBINS A.B.

Antimicrobial treatment of pulmonary tuberculosis in
non hospitalized patients over 55 of age in New-York
City.
Bull. U.I.C.T. 1962, 32, p. 246

106 - ROBINS A.B., ABELES H., et COLL.

Thérapeutique antibactérienne buccale des tuberculeux
non hospitalisés.
AM. Rev. Tub. 1954, 70, p. 1042
Traitement chimiothérapique des tuberculeux non hos-
pitalisés.
a. Rev. Tub. 1957, 1, 41

107 - ROTHSTEINE et JOHNSON M.

Streptomycin 2 grams one time weekly in the treatment
of pulmonary tuberculosis.
Trans. XIIe Conf. Chemoth. Tub. Vet. Adm., 1953, 100-101

108 - ROUILLON A.

Comment motiver les malades à entreprendre et pour-
suivre leur traitement.
Bull. U.I.C.T., 42, août 1969, 173-185
Les expériences de Madras, Bangalore, Tumkur.
Rev. Hyg. Méd. Soc. 18, 1970, N° 6-7, 615-634

109 - ROUILLON A., CABRALL J. et COLL.

Problèmes posés par l'organisation d'un traitement
ambulatoire efficace des malades tuberculeux.
XXIe Conf. Inter. Tub. Moscou, 12, 16 juillet 1971,
Bull. U.I.C.T., 47, Fév. 1972, p. 72-98

110 - SARNO A., CUBBELLO de MALET S., TRENCHIA

Effets cliniques et épidémiologiques de la chimiothé-
rapie ambulatoire dans la tuberculose pulmonaire.
Hoje Tisiologica juin 1957, N° 2, p. 95

111 - SBARBARA J. H., JOHNSON S.

Twice weekly tuberculosis chemotherapy for "recalcitrant" outpatients.
Amer. Rev. Resp. Dis. 1967, 98, p. 170

112 - SCHAEFFER J. H.

Treatment of tuberculosis with intermittent streptomycin and isoniazid

113 - SCHWRTZ W. S.

A comparison of daily streptomycin and isoniazid versus biweekly streptomycin and daily isoniazid.
Trans. 20th Res. Conf. Pulm. Dis. VA armed Forces 1961
p. 75

114 - XVIe CONGRES NAT. TUB. MAL. RESP. BORDEAUX AVRIL 1970

Problèmes thérapeutiques d'actualité (discussion)
Rev. Tub. Pneum. 1970, 34, N° 5, p. 674-680

115 - SEN P. K.

Influence du repos, du mouvement et de l'activité professionnelle dans le cas de tuberculeux pulmonaires traités par la chimiothérapie.
Rapp. XVIIe Cong. Inter. Rome Bull. U.I.C.T. sept 1964
35, N°23, 233

Le traitement à domicile de la tuberculose pulmonaire.
India J. of Tub. juin 1960, 11, N° 3, 76-84

116 - SENTICI MOHAMED

Intérêt du traitement extra-hospitalier de la tuberculose pulmonaire pour les pays économiquement faibles.
(Thèse Méd. Paris, 1958, N° 49)

117 - SOLER CALVO A., SERRANO T.

Intermittent ambulatory treatment of tuberculosis once a week preceded by a 30 days intensive hospital treatment.
XIVe Conf. Inter. Tub. Amsterdam 1967, p. 331-334

118 - SORS C., GROSSET J.

Le traitement de la tuberculose pulmonaire compte tenu des données acquises.
Ent. Bichat Therap. 1972

119 - SORS C., DECROIX G., GUILLET P.

Conception moderne du traitement de la tuberculose.
Conc. Méd. 1971, 93, 2114-2121

120 - UNION INTERN. CONTRE TUBERCULOSE

Comparaison (selon la méthode des essais thérapeutiques contrôlés) des 3 régimes chimiothérapiques auto-administrés et supervisés dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

BULL. U.I.C.T. 1970, 44, 8 - 56

121 - VELASCO (L. de)

Effets cliniques et épidémiologiques de la chimiothérapie ambulatoire dans la tuberculose pulmonaire.

Bull. U.I.C.T. juillet - Octobre 1956, 531

122 - VENATOR R.

Effets cliniques et épidémiologiques de la chimiothérapie ambulatoire dans la tuberculose pulmonaire.

Bull. U.I.C.T. 1956 - 14e Conf. Inter. Tub. New-Delhi 1, 1957, p. 493

123 - VIDAL J., MARTY J. C.

La fréquence des erreurs thérapeutiques initiales et leur influence sur l'évolution ultérieure de la tuberculose pulmonaire.

Rev. Tub. Pneum. T 23, N° 5 - 6, 1959, p. 570

124 - VIDAL J., GUIN J. J.

Les risques de rechute en fonction des nouvelles thérapeutiques médicales de la tuberculose pulmonaire.

Incidences médico-Sociales.

Rapp. XIIe Cong. Nat. Tuber. Montpellier, 9 - 11, avril 1958, Masson et Cie Ed. Paris 1958

125 - WILLIS H. S.

Les règles de base pour les soins à domicile du tuberculeux.

Amer. J. Med. Soc. mai 1964, 247, N° 5, 531-551

126 - ZAIMI A., ZAIMI I., LEGROS N.

Place du traitement ambulatoire dans la lutte antituberculeuse - Tunis Méd. N° 4, 1969, p. 263-277

127 - ZORINI O.

Effets cliniques et épidémiologiques de la chimiothérapie ambulatoire dans la tuberculose pulmonaire.

Bull. U.I.C.T. New-Delhi 1957, p. 469

Sommes-nous à un tournant décisif de la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire ?

Lotta contra la Tuberculosis (Roma) 1954, 1, 2, 5

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

BIRKE E. R.

Bettlagerigkeit als kranheit komplex.
Munch Med. Wschft 1965, 107, p. 2089-2099

BORSWORTH H.W.

Clinical and epidemiological results of ambulatory
chemotherapy in pulmonary tuberculosis.
Bull. U.I.C.T. juill-Oct. 1956
14e Conf. Inter. Tub. New-Delhi, 1, 1957, p. 555

BOURDIEU et SAYAD

Le déracinement. Editions Minuit Paris 1964

BRACE A.A. et SPRIGGS E.A.

Bed-rest and institutional treatment in pulmonary
tuberculosis
Amer. Rev. Tub. Resp. Dis. 1964, 90, p. 183-193

BURACZEWSKI O., MIECZYSLAW J. et KWIEK A.

Clinical and epidemiological results of ambulatory
of pulmonary tuberculosis.
Bull. U.I.C.T. Juill-Oct. 1956,
14e Conf. Inter. Tuber. New-Delhi, 1, 1957, p. 509

CAMPBELL et O'BRIEN

Chemotherapy of pulmonary tuberculosis in patients
at home and at work.
Med. J. Austr. 1956, 1, p. 599

CHAMBERS J., KARZ S., MAC CORMICK G. et COLL.

Follow up report on the use of intermittent strepto-
mycin and isoniazid in pulmonary tuberculosis.
Trans. 14th Conf. Chemo. Tuberc. V. a. Army and
Navy 1955, p. 107

CHARLEY D. J.

(Joint research Committee on themotherapy of tubercu-
losis) Comparison of ambulatory and hospital treatment
of pulmonary tuberculosis in primary treatment cases.
Kekaku 1965, 40, p. 497-504

- HUGUES F.J., MARDIS R.E., DYE W.E., and TEMPEL C.W.

Combined intermittent regimens in the treatment of non military tuberculosis. A comparison of SMY and P.A.S. every third day.

Trans. of 10th Conf. Chemoth. Tuber. 1951, p. 67-76

- IVALDY F.

De l'organisation de la lutte contre la tuberculose dans les pays à forte endémie tuberculeuse.

Maroc Méd. N°402 T 37, 1958, p. 1135

- IWASAKI T.

Clinical and epidemiological results of ambulatory chemotherapy of pulmonary tuberculosis.

Bull. U.I.C.T. Juil-Oct. 1956, N° 79, p. 1809

- JAMES L.A., SIDES L.J., DYE W.E. et DEYKE V.F.

Intermittent streptomycin regimens.

Amer. Rev. Tuber. 1951, 63, p. 275-293

- KATZ S. McCORMICK G. LEON A. GRUVER R. SANTON J. BAKER F. MARSHALL E.

The intermittent use of combined streptomycin and isoniazid in pulmonary tuberculosis.

Trans. 13th Conf. Chemoth. Tuber. V.A. Armed Forces 1954, p. 355

- KAUFMAN C. J.

Streptomycin administred once weekly in the treatment of pulmonary tuberculosis.

Trans. 12th Conf. Chemoth. Tuber. V.A. 1953, p. 102-103

- KAY D.T.

The treatment of pulmonary tuberculosis at work : a controlled trial an interim report by reserach committee of the tuberculosis society of Scotland.

Tubercle N° 6, 1957, p. 375

- KIM, PYUN, HAN

The value of chemotherapy for active pulmonary tuberculosis in out patient clinic.

Deseases of the chest. 1959, 2, p. 165

- KINGADE G. F.

Domiciliary treatment of tuberculosis.

Canada Med. Assoc. 1966, 95, p. 818,820

CHEBAT J., ISRAEL-ASSELAIN R.

Le traitement médicamenteux actuel de la tuberculose
pulmonaire commune de l'adulte.

Gazette Méd. de France N° 36 du 26 nov. 1971

CHEMELEV N. A. et ALYABINA M. G.

(U. R. S. S.) Etudes collectives de toute l'Union
Soviétique sur la chimiothérapie contrôlée de la tu-
berculose pulmonaire.

21e Conf. Inter. Tuber. Moscou 12-16 juil. 1971

Bull. U.I.C.T. 47, Février 1972, p. 24-31

CLARKE O.

Streptomycin for chronic ambulant patients.

Brit. Med. J. 1952, p. 785

COHEN R. C. et autres

Ambulatory treatment of pulmonary tuberculosis.

Dis. Chest. 1966, 1, p. 21-26

CULHBERT J.

Domiciliary active treatment. Napt. Bull. 1952, p.729

CURRY F. J.

Neighborhood clinics for more effective outpatient
treatment of tuberculosis.

New England J. Med. 1968, 279, p. 1262-1267

DEUSCHLE K. W.

Study methods for cheking regularity of isoniazid self-
medication in tuberculosis patients.

Bull. Un. Inter. Tuberc. 1962, 32, p. 332-340

DEVI S.

Etude comparative "contrôlée" d'un traitement auto-
administré et d'un traitement supervisé.

XXIe Conf. Inter. Tuber. Moscou 12-16 juil. 1971

Bull. U.I.C.T., 47, Février 1972, p. 17-23

DICKINSON J.M. et MITCHISON D.A.

Short term intermittent chemotherapy of experimental
tuberculosis in the guinea pig.

Tubercle 1966 - 47, p. 381

- DICKINSON J. M.

In vitro and in vivo studies to assess the suitability of antetuberculosis drugs for use in intermittent chemotherapy regimens.

Tubercle 1968, 49, suppl. p. 60-70

- DIXON W.M., STRADLING P. et WOOTON I.D.P.

Out patient I.C.T. therapy
Lancet 1971, 2, p. 11-12

- DRESSLER, RUSSEL, GROW et COLL.

Lever de patients tuberculeux sous protection de l'antibiothérapie.

Amer. Rev. N° 6, Décembre 1954, p. 1030

- DUBRA F.

Essai thérapeutique "contrôlé" avec l'association rifampicine-isoniazide administrée pendant 6 mois chez des tuberculeux pulmonaires non traités auparavant.
XXIIe Conf. Inter. de la Tuber. Moscou 12-16 juil. 1971
Bull. U.I.C.T., 47, Fév. 1972, p. 39-42

- DUHAMEL Y., LE ROUS A., MANDAROUX B.

Résultats du traitement intermittent par l'association streptomycine et isoniazide dans la tuberculose pulmonaire.

Rev. Tuber. 28, 305-316, 1964

- DUNNINGTON W.G., BERTÉ S.J. et HOLLIFIELD W.C.

The ambulatory treatment of tuberculosis in a military hospital. A five year experience.

Trans. 21st Research Conf. in pulm. Dis. V. A.

Admn. 1962, p. 44-49

- FARAH P.

Campagne nationale de la lutte antituberculeuse. Etude d'un ensemble de mesures susceptibles d'assurer la prise régulière et contrôlée des antibiotiques administrés aux malades soignés par la campagne antituberculeuse.

Bull. U.I.C.T. 1962, 32, p. 341-343

- FARGA V. et COLL.

Traitement intermittent par l'éthambutol, le pyrazinamide et la kanamycine de la tuberculose pulmonaire à germes résistants.

XXe Conf. Inter. Tuber. New-York, 1969

- FLYNN M. P.

Experience with ambulatory chemotherapy as initial treatment of tuberculosis in a rural area.
Tubercle 1963, 44, p. 299

Ambulatory chemotherapy of tuberculosis patients.
H. Irish Med. Assn. 1966, 58, p. 164

- FOURESTIER M.

Analyse de l'ouvrage de KUMAGAI.
Presse Méd. 24, 1006-1007, 1959

- GRAHAM-HOELE, STRADLING P.

The long term use of intermittent streptomycin plus isoniazid in the treatment of tuberculosis.
Tubercle London, 46, 290-93, 1965

- GRAVESEN J., HAGN-MEINCKE

Ambulatory chemotherapy in pulmonary tuberculosis experiences from Danemark.
Bull. U.I.C.T. New-Delhi, 1, 1957, p. 413

- GUILLERMAND J., LEMIT J. et CRONIER A.

Le traitement extra-hospitalier de la tuberculose pulmonaire à MEDEA.
J. Pneumopht. Afrique du Nord 1960 - 9, N°2, 67-70

- HAAPANEN J.

Régularité de l'auto-médication ambulatoire.
XXe Conf. Inter. Tuber. New-York (à paraître dans bull. Un. Inter. Tuberc.)

- HAY C. P.

Chemotherapy at home. Napt. Bull. 1952, p. 731

- HIRSCH, SCHAEGLER, PIERCE, SMITH

A study comparin effects of bed rest and physical activity on recovery from pulmonary tuberculosis.
Amer. Rev. Tuber. 1957, 3, p. 359

- HOCHSTRASSER D. et LERNER S.

Facteurs psychologiques individuels concernant la surveillance de malades tuberculeux non hospitalisés.

- LEWIS J. H.

Effets cliniques et épidémiologiques de la chimiothérapie ambulatoire de la tuberculose pulmonaire.
Bull. W.H.O. 1956, 12, 1-11-200

- LEWIS J. H.

Effets cliniques et épidémiologiques de la chimiothérapie ambulatoire de la tuberculose pulmonaire.
Bull. W.H.O. 1956, 12, 1-11-200

- LEWIS J. H.

Effets cliniques et épidémiologiques de la chimiothérapie ambulatoire de la tuberculose pulmonaire.
Bull. W.H.O. 1956, 12, 1-11-200

- LEWIS J. H.

Effets cliniques et épidémiologiques de la chimiothérapie ambulatoire de la tuberculose pulmonaire.
Bull. W.H.O. 1956, 12, 1-11-200

- M.C. PEYDEN D.M. et KEFFERNAN J.F.

Urine testing for isoniazid in the supervision of out patient oral chemotherapy for pulmonary tuberculosis. The failure of a routine service.
Bull. W.H.O. 1967, 36, p. 857

- M.C. DOUGALL

Impression du traitement chimiothérapique ambulatoire de la tuberculose pulmonaire à Singapour.
Brit. Journal 1956, p. 22-

- MAIN Thomas.

La montagne magique. A. Fayard 1931 Paris

- WOODIE A. J.

Mass chemotherapy for pulmonary tuberculosis.
Amer. J. Hyg. 1956, 72, 1-11-200
Traitement ambulatoire de la tuberculose pulmonaire à Hong-Kong.
Tuberc. 1956, 31, 1-11-200

- NYBOE, FARAH et KRISTENSEN

Rapport sur le sujet de la chimiothérapie antituberculeuse. W.H.O. TB Tech. Inform. 1022, avril 1963

- POOLE G.W. et STRADLING P.

The long term of intermittent streptomycin plus isoniazid in the treatment of tuberculosis.
Tubercle London 1965, 46, p. 290

- RABISO A.

La cura domiciliare della tubercolosi.
Minerva Médica 1954, juillet, XLV vol. II

- RADINO

La cure à domicile.
Minerva Medica 2, 56, juillet 1954

- ROUDAUT Michel

La lutte antituberculeuse au Tchad. Bilan et perspectives d'avenir.
(Thèse Méd. Bordeaux II 1972 N° 22)

- SALHI M.R.

Le traitement intermittent de la tuberculose pulmonaire.
(Thèse Alger 1966)

- SALIBA A., KRASS I., RUSSEL W.F., et COLL.

Some thoughts on results following intermittent streptomycin in pulmonary tuberculosis.
Dis. Chest 1959, 36, p. 49-51

- SHAVER C. G.

Clinical and epidemiological results of ambulatory chemotherapy in pulmonary tuberculosis.
Bull. U.I.C.T. juil.-oct. 1956 - 14e Conf. Inter. Tuber. New-Delhi, 1, 1957, p. 382

- SIKAND B.K. and PAMRA S.P.

Clinical and epidemiological of antibacterial drugs in domiciliary treatment of pulmonary tuberculosis.
Bull. U.I.C.T., 14e conf. Inter. Tuber. New-Delhi, 1, 1957, p. 445

- SORS C.H., SARRAZIN A. et HOMBERG J.C.
Accidents hémolytiques récidivants d'origine immuno-allergique au cours d'un traitement intermittent par la rifampicine.
Rev. Tuber. Pneumol. 36, N° 3, 1972, p. 405-416
- STOCKLEN J.B.
The unhospitalized tuberculosis patient.
Trans. Nat. Tuber. Assoc. 49th Annual meeting 1953
p. 462-467
- STOCKS P. et KARN M.N.
On the influence of sanatorium and dispensary and housing conditions on pulmonary tuberculosis.
Ann. Eugen. London 1926, 1, p. 407
- STOOT H.
Drug acceptability and chemoprophylaxis in under developed countries.
Bull. Un. Inter. Tuber. 1959, 29, p. 285
- STRADLING P. et POOLE G.W.
Self medication in tuberculosis.
Lancet 1958, 2, p. 1066
- TCHERTKOFF, BURASCANO, ORNSTEIN
Ambulatory treatment of pulmonary tuberculosis.
Quart. Bull. Sea View Hospital 1955, 15, 101
Traitement ambulatoire de la tuberculose pulmonaire, expérience de la post-cure.
Bull. de l'hôpital Sea View - Analyse in Amer Rev.
July 1955, N° 1, p. 3
- TUBERCULOSIS SOCIETY OF SCOTLAND
The treatment of pulmonary tuberculosis at work : a control led trial.
Tuber. Edinb. 1960, 41, 161
- TYRREL W.F.
Bed rest in the treatment of pulmonary tuberculosis.
Lancet 1956, 1, p. 821

- VELU S.

Intermittent (once weekly) chemotherapy for pulmonary tuberculosis.

1967 - Proc. 22nd Tuber. and chest disease worker's Conf. Tuber. Ass. India, New-Delhi

- VELU S. and COLL.

Progress in the second year of patient with quiescent pulmonary tuberculosis after a year of domiciliary chemotherapy and influence on the relapse rate.
Bull. O.M.S. 25, 409, 1961

- VENTAKARAMAN P. et COLL

A comparison of various methods for the detection of isoniazid and this metabolites in the urine.
Tubercle London, 1965, 46, p. 262-269

T A B L E D E S M A T I E R E S

Pages

I - EVOLUTION HISTORIQUE DES CONCEPTIONS	
INTRODUCTION	1 à 9
II - RAPPEL THEORIQUE	10 à 14
III - METHODES ET TECHNIQUES	15 à 22
IV - RESULTATS	23 à 28
V - DISCUSSION	29 à 35
VI - CONCLUSION	36 à 38
VII - BIBLIOGRAPHIE	
- Bibliographie des auteurs cités	I à XX
- Autres références bibliographiques	XXI à XXIX
